

Aspectos para mejorar la práctica clínica odontológica desde la perspectiva Bioética

Leidys Rivero Fuentes

Ortodoncista

Asesor del trabajo de grado:

Dr. Pedro José Sarmiento Medina

Universidad de la Sabana

Facultad de Medicina

Especialización en Bioética

Chía, 2017

Aspectos para mejorar la práctica clínica odontológica desde la perspectiva Bioética

Leidys Rivero Fuentes

Ortodoncista

Universidad de la Sabana

Facultad de Medicina

Especialización en Bioética

Chía, 2017

Tabla de Contenido

Introducción

1. Características del pasado y presente de la odontología

1.1. Nuestro pasado

1.2. Nuestro presente

1.3. La odontología y nuestro entorno

1.4. Relación odontólogo –paciente

1.4.1. Relación odontólogo –paciente tradicional

1.4.2 Relación odontólogo-paciente actual

1.4.3. Relación odontólogo –paciente y los medios de comunicación

1.5. Regulación de la relación terapéutica en odontología

1.5.1. Tribunal nacional de ética odontológica.

1.5.2. Comités de ética

1.6. Panorama de la relación terapéutica en otros países

2. La odontología y la bioética

2.1. Corrientes bioéticas

2.1.1. Personalismo

2.1.2. Utilitarismo y funcionalismo

2.1.3. Contractualismo

2.1.4. Ética de mínimos

2.1.5. Ética del cuidado

2.1.6. Ética de las virtudes

2.1.7. Ética casuística

2.1.8. Ética narrativa

2.1.9. Principialismo

2.1.10. Principialismo moderado

3. Odontología basada en la evidencia y autorregulación

3.1. La evidencia clínica

3.2. Odontología basada en la evidencia

3.3. Autorregulación

3.4. Legislación de la autorregulación

3.5. Autorregulación y bioseguridad

3.6. La ética de las virtudes como herramienta para autorregulación de odontólogos

Conclusiones

5. Bibliografía

Introducción

El panorama actual de la odontología está regida por principios orientados a garantizar beneficios económicos. Me animó a realizar el trabajo la esperanza de ser una voz que pueda estimular a que otros odontólogos vean en la bioética un camino a seguir, que traerá beneficios a todos.

Es muy desalentador saber que el campo de la odontología se reduce a una compra y venta de servicios cosméticos en función de resolver problemas que se encuentran en el imaginario de las personas, promovidas por un ideal de perfección que las redes sociales imponen.

En relación a lo anterior, es preciso aclarar que la salud oral y la estética dental no son mutuamente excluyentes. Lo complicado es tener pacientes con expectativas inalcanzables de lo que es estética dental y aun peor, un odontólogo vendiéndole un diseño de sonrisa en un paquete estandarizado, olvidando principios anatómicos y realizando tratamientos que brindan soluciones a corto plazo, sin ser acordes a la situación actual ni proyectarse al futuro.

Así las cosas, conviene subrayar, que cada persona debe tener un estudio biopsicosocial, en donde la empatía sea clave para dar respuestas a sus necesidades y este modelo holista de atención solo se consigue a través de la Bioética.

Considerando que, la hermosa labor de la odontología - una mezcla de ciencia, arte y sentido común- no solo implica ayudar a las personas a obtener y/o mantener salud oral; como odontóloga, reconozco la importancia de la imagen corporal y el porcentaje de esta que se encuentra representado en la cavidad oral. No obstante, esto no justifica que el capitalismo adopte a la odontología como método de enriquecer a dueños de clínicas, que organizadas en cadenas nacionales e internacionales buscan monopolizar el medio, haciendo que el profesional

pierda autonomía y deje a un lado los principios morales que lleva en su formación personal y profesional.

Es así, que mi trabajo se convierte en un intento por resolver el interrogante ¿Porque nuestra práctica odontológica necesita aspectos bioéticos?

Bajo esta perspectiva, esta breve incursión en la realidad odontológica, va desde los inicios de la profesión, luego discute como ha cambiado esta disciplina dental no solo su estructura sino su modelo de atención, como consecuencia de los avances tecnológicos, de la globalización y de los modelos económicos, los cuales han creado la necesidad apremiante de incluir en nuestra profesión la bioética como recurso para proteger la integridad de los pacientes y de los mismos odontólogos; en seguida encontramos una relación entre la odontología y las diferentes corrientes bioética.

De lo anterior se desprende, que debemos identificar a nuestro paciente como persona susceptible de adquirir derechos y contraer obligaciones, esto nos llevará a una cultura de respeto por la dignidad humana.

Debo señalar ahora, que siendo la causa de nuestra profesión los seres humanos y la bioética una disciplina que protege la dignidad de los mismos, luego entonces, es deber de cada odontólogo enmarcar nuestra practica en principios morales.

De este modo, en este orden de ideas, se puede decir que, aun cuando los medios legales para evitar atropellos a los pacientes y /u odontólogos pueden ser útiles, el mejor recurso para evitarlos es contar con personas convencidas de que no se debe dañar, de que cualquier ser humano merece el mejor trato.

En este sentido, considero que la relación odontólogo-paciente al igual que la relación interpersonal que suscita el contrato social, debe estar impregnada en virtudes, como lo son la justicia, prudencia, fortaleza, honestidad, entre otras.

Para terminar, el trabajo concluye con aspectos que sirven para mejorar nuestra práctica odontológica, desde la perspectiva bioética, en busca de la excelencia.

1. Características del pasado y presente de la odontología

Desde los inicios de la odontología como profesión hasta nuestros tiempos, hemos atravesado por diferentes cambios, no solo axiológicos, ya que dejamos de ser parte de la práctica de los médicos, sino también en el impacto que causamos en la sociedad; en este contexto, cabe destacar que pasamos de curar dolencias en la cavidad oral, a una amplia perspectiva de la boca, que incluye en nuestra práctica desde una caries, hasta ideales de estética dental regidos por proporciones áureas. A continuación señalaré rasgos determinantes de cada época:

1.1. Nuestro pasado.

El origen de las actividades odontológicas están relacionadas a la práctica de barberos y de herbolarios, por consecuente se puede decir que en sus inicios la odontología no se consideraba una profesión, sino un arte (Gutiérrez, 2014). A mediados del siglo XIX la odontología nació como profesión, siendo una rama de la medicina, la cual era tratada en hospitales. Fue la modernidad europea, la cual formalizó e institucionalizó la medicina, la que terminó por separarla de la odontología. De esta manera la que un día fue una ciencia humana integral, terminó por convertirse en “medicina de la boca”, que sólo tiene bajo su cuidado las enfermedades, lesiones y deformidades de ésta y de los órganos y tejidos que se encuentran en íntima relación o considerada como una ciencia, técnica y arte cuya exclusiva finalidad es responder por una presunta salud bucal de las personas (Payares, 1997).

En relación a lo anterior, podemos decir que es quizás esta historia la que, hasta la fecha, le ha impedido crear la imagen y el estatus que le corresponde como parte de las ciencias médicas (Triana, 2006).

En Colombia en 1932 la Universidad Nacional fundó la Escuela Dental de la Facultad de Medicina y la odontología paso de ser de un oficio manual que no requería estudios teóricos a una profesión con actividades específicas fundamentadas en conocimientos científicos y técnicos (Ardila,2011). Así empezaron a formarse los primeros odontólogos colombianos que salían de la capital a impartir sus conocimientos a todas las regiones del país, generando seguridad en todos los pacientes que consultaban por presentar problemas de salud oral, ya que eran atendidos por un representante de la ciencia con habilidades manuales. Cada profesional, ejercía su labor de manera independiente. En este renacer de la profesión, la relación odontólogo-paciente fue netamente vertical, entre una persona que sabe y una que no.

1.2. Nuestro presente.

La Odontología como profesión, en sus inicios, ayudaba a las personas a solucionar dolores dentales, hoy por hoy tiene otra perspectiva de su campo de acción. La odontología ha dado un giro total. Actualmente, algunos autores manifiestan, que el objeto de trabajo de la odontología contiene aquellos aspectos biológicos del componente bucal humano y los vínculos de la individualidad somática con su entorno ecológico y social (Payares, 1997). Hoy en día, sabemos que la boca tiene un gran significado psicológico en la imagen corporal, debido a las experiencias primarias que la boca permite en el desarrollo humano, en ella están representados sentimientos íntimamente ligados a la identidad del sí mismo (Rojas, 2004).

Con la llegada de la profesionalización y la transformación del concepto de odontología; llegaron las exigencias por parte de los pacientes, los cuales con el paso del tiempo van tomando diversas actitudes, de acuerdo a las diferentes necesidades que la sociedad construye, incluso se ha cambiado el significado biológico de la boca, que era solo desde la anatomía y fisiología, por un

rol social, simbólico de belleza y de distinción social (Payares,1981), producto de la moral distraída de nuestra nueva generación.

Es así como aparece la Odontología Estética y con ella los avances tecnológicos (resinas, implantes, coronas libres de metal), lo cual no es algo nocivo, muy por el contrario, tiene muchísimas cosas positivas, pero, es indispensable saber emplearla, lo cual implica realizar una evaluación lógica, que nos lleve a balancear la función y la belleza de los dientes, para esto resulta necesario conocer sus limitaciones.

El capitalismo, sistema económico que se presta para fortunas e infortunas, convirtió la odontología en un factor de producción. De esta forma, una persona, con cualquier profesión u oficio, pero con recursos económicos disponibles (lo cual consideraremos capital) puede instalar una institución que preste servicios de odontología y contratar profesionales en tal rama, que se encarguen de la atención, esta última representa el producto que se venderá y por lo tanto debe generar regalías para el dueño del capital.

1.3. La odontología y nuestro entorno.

La situación actual puede describirse como la interrelación de tres componentes: un profesional con un mundo de alternativas y de grandes tecnologías, un paciente con altas expectativas y algunas veces sobre informado y un capitalismo que engloba los dos anteriores.

Cada profesional es un mundo aparte, el cual empieza a formarse en casa, con la familia, que es la encargada de sembrar la semilla de la ética. Llegado el momento, a la facultad de odontología ingresa un joven con las mejores intenciones de servir a los demás, por medio de aptitudes que se van a acrecentar con el desarrollo de un programa académico, al que se compromete a seguir cabalmente cuando se matricula. Es preciso aclarar, que en la intención de entrar a la universidad

también está implícita la búsqueda de herramientas laborales, el trabajo hace parte de nuestro desarrollo personal, nos dignifica y nos ayuda a encajar en la sociedad.

Una vez cursado todos sus créditos académicos, obtendrá su título de odontólogo, egresa de la universidad con miles de expectativas y con un criterio ético, tal vez, bien formado. Actualmente muchas facultades tienen cursos de Bioética en sus programas, aunque quizás estos no son desarrollados con la intensidad y metodología que deberían tener. Algunos estudios muestran unos conocimientos muy escasos por parte de los estudiantes con respecto a los fundamentos en Bioética a pesar de haber cursado la asignatura (Medina, 2015).

Esta situación no se presenta solo en Colombia, países como Chile y México, han realizado estudios en universidades que dictan la carrera de Odontología y concluyeron que el nivel de conocimientos sobre bioética de los alumnos es vago; no obstante, en Chile han recibido más información o la han obtenido por sí mismos, aunque tienen menos disposición a ampliar sus conocimientos en bioética (Buendía, 2006).

Con el egreso del estudiante del centro educativo empieza la puesta en escena. “La triste realidad”, así la llamaríamos si fuera una obra de teatro. La situación a la que nos enfrentamos es muchas veces desalentadora.

No es un secreto que nuestro país presenta dificultades sociales, y talvez son tratadas como problemas secundarios, ya que todas las fuerzas están dirigidas a solucionar el conflicto armado, que no debería existir, el cual le resta atención a otros sectores que necesitan muchos recursos como lo son la salud y la educación.

El sector salud presenta muchos problemas, algunos autores los han clasificado; denominan estructurales, a los inconvenientes como inequidades de género y deficiencias en la distribución

geográfica del recurso humano en salud; sectoriales, a las dificultades producto de las reformas a los sistemas de salud, donde surge la precarización de las condiciones de trabajo, aumento de la oferta educativa en salud, sistemas de incentivos monetarios a la productividad entre otros; y nuevos problemas a las trabas relativas al fenómeno de la globalización, tales como emigración creciente de profesionales, debilidad de los aparatos de salud pública y desregulación del mercado de trabajo (Riaño, 2012).

El diagrama para la odontología es igual al resto del sector salud, probablemente peor en algunos casos. El criterio de algunos odontólogos con respecto al panorama actual encierra algunos puntos críticos, entre ellos:

- Falta de oportunidades en el campo laboral por problemas en la estructura de nuestro régimen de seguridad social (Jaramillo, 2006), las EPS tienen entre 3 y 10 odontólogos contratados, lo que es una cantidad irrisoria si la comparamos con el número de egresados de una facultad cada semestre.
- Superpoblación de odontólogos. Posterior a la ley 30 de 1992 donde se reglamenta la Autonomía Universitaria, nacen muchas facultades de odontología, sin que el estado pueda intervenir; este podría ser un desencadenante del gran aumento de odontólogos, puesto que no tienen en cuenta la pertinencia de los programas o la calidad. Ver la educación como negocio lucrativo es la base de este aspecto. Trujillo (2006), quien fue director de recursos humanos del Ministerio de la Protección Social, afirmó en una cadena radial: “en Colombia están desempleados 6.400 odontólogos”; realmente a la fecha no se ha realizado nada para remediarlo.
- Desequilibrio entre oferta y demanda, asociada a: primero, factores como las restricciones económicas de nuestro país, son pocos los trabajadores que pueden pagar

un tratamiento odontológico en una entidad privada y muchas las actividades que no están incluidas en el Plan Obligatorio de Salud por considerarse de alto costo, y segundo, en Colombia hay más odontólogos de lo necesario por habitantes teniendo en cuenta los índices expresado por la organización Mundial de la Salud OMS y la Federación Dental Internacional FDI, en su publicación en 1989: las “Directrices para la planificación y el seguimiento de la salud bucal (Ternera,2011)”.

- La falta de compromiso con nuestra profesión de algunos odontólogos que caen en una competencia desleal de precios, no hay una ciudad de Colombia en donde no se puedan observar múltiples carteles ofreciendo servicios de odontología promocionados como si se tratara de cualquier producto de la canasta familiar.
- La oferta de innumerables servicios educativos informales, que algunas veces no son legales porque ofrecen convenios falsos con universidades. En relación a estos cursos, están siendo malinterpretados por muchos profesionales que pretenden igualarlos a una especialidad, no se puede ser especialista en un área en 6 meses.
- La falta de autorregulación que nos induce a errores evitables, que pueden ser susceptibles a demandas legales. Estudiar constantemente y aprender a decir: “No puedo, pero se quien lo hace”, resulta tarea difícil en nuestro medio.
- El trato entre odontólogos y colegas no siempre es el mejor. Aun cuando la Ley 35 sobre la Ética del Odontólogo Colombiano, señala en su capítulo IV que las relaciones entre colegas debe ser enmarcado en un ambiente de solidaridad, lealtad y consideración, es común que el paciente escuche comentarios por parte de otros profesionales en salud oral, que descalifiquen la práctica de su odontólogo tratante, sin conocer en qué circunstancias fue atendido.

- El multiempleo, producto de una escasa remuneración en un solo lugar de trabajo, genera no solo deficiencias en la atención a los pacientes, sino inestabilidad en cuanto a salud ocupacional. Esta situación no es propia de Colombia; se presenta en muchos países de América Latina, especialmente en Argentina, Brasil, Uruguay, Perú y en menor medida Chile. En el caso de Perú un estudio detectó que el 71% del personal médico tiene dos o más relaciones laborales. En Uruguay, desde principios de los 90, a pesar del incremento en el número de profesionales, se mantiene un promedio de 2,6 trabajos por profesional, y entre los odontólogos, del 2,26 (Brito, 2017).
- La participación del gremio odontológico exigiendo mejores condiciones laborales es casi nulo, nos falta dinamismo (Franco, 2017). Cabe mencionar que además tenemos muy poco conocimiento con respecto a contratación laboral.
- El impacto en nuestra profesión de las cadenas de clínicas cada vez es mayor, desplazando a los odontólogos independientes, y ofreciendo empleos sin ningún tipo de regulación de las modalidades de contratación y que no son considerados trabajos con estándares mínimos de protección social.

Con relación a lo anterior, es preciso realizar la siguiente anotación: La Organización Internacional del trabajo (OIT, 2017) define un trabajo decente como aquel que: “Resume las aspiraciones de las personas en sus vidas laborales. Implica oportunidades de trabajo que es productivo y genera un ingreso justo, seguridad en el lugar de trabajo y protección social para las familias, mejores perspectivas de desarrollo personal e integración social, libertad para que las personas expresen sus preocupaciones, organicen y participen en las decisiones que afectan sus vidas e igualdad de oportunidades y tratamiento para todas las mujeres y los hombres”; que lejos esta nuestra realidad de esta definición.

1.4. Relación odontólogo –paciente.

El encuentro que se lleva a cabo entre el odontólogo y su paciente, ha sido modificado a través del tiempo. En el mismo sentido que cambia socialmente la sanidad en la historia de la humanidad, cambia la relación odontólogo – paciente, promovido por el sistema de seguridad social, los avances tecnológicos, la globalización y las redes sociales. El paciente asume nuevos roles, el profesional pierde autonomía, y aprende a tener en cuenta a la persona a tratar y su entorno a la hora de tomar decisiones.

1.4.1. Relación odontólogo –paciente tradicional.

Conocemos por tradicional, a todo lo que traspasa de generación a generación; al legado que nos dejan nuestros antepasados, de acuerdo a lo anterior, analizaremos que relación terapéutica heredamos de los primeros odontólogos.

Así las cosas, resaltamos que de la misma forma que el esquema con el que funcionaba la odontología en sus inicios, fue tomado de la medicina, también heredamos, su modelo de atención; el odontólogo examinaba, diagnosticaba y decidía la conducta, sin que el paciente opinara. De ahí, que la relación terapéutica inicial fue paternalista, al igual que en la medicina.

Con respecto a este paternalismo, históricamente tan igual como otras disciplinas de las ciencias de la salud, se ha dado por el esquema de dependencia por parte del paciente hacia el odontólogo, dado el alto nivel de conocimientos especializados que maneja este profesional.

La palabra paternalismo data del siglo XIX, como tendencia a disimular el exceso de autoridad bajo la forma de protección (Maluf, 2014).

Beuchamp y Childress (2000, p.574) hacen referencia la palabra paternalismo, relacionando al médico con una “persona con capacitación, conocimiento y discernimiento superiores a los del paciente y que se encuentra en posición de autoridad para determinar cuáles son sus mejores intereses, como a un hijo”. En este sentido el éxito de paternalismo depende directamente de las virtudes de la persona que prestara el servicio, lo que lo convierte en una desventaja para este modelo de atención y al mismo tiempo hace evidente la necesidad de una formación bioética para los profesionales de la salud.

Desde el punto de vista odontológico es muy difícil encontrar ventajas al paternalismo, puesto que la mejor opción para el tratamiento dental es el que tiene en cuenta las necesidades del paciente y se ajusta a su entorno social, este modelo vertical se caracteriza por la autonomía del médico, más no del paciente, quien decide cuál será la mejor intervención para la persona a tratar. El paternalismo implica la usurpación por parte del médico del derecho moral que tiene el paciente como ser humano de decidir lo que es mejor para sus propios intereses (Pellegrino, 1990).

El aumento de las expectativas del paciente en torno a los avances tecnológicos, la información que compromete a todos los grupos sociales por medio del internet, entre otras cosas, hizo que el paciente despertara y fuera consciente de sus derechos, por lo tanto podemos decir que este modelo desapareció.

Con respecto a lo anterior, algunos autores piensan que la transición a este nuevo modelo de relación no ha sido fácil, y aún en la actualidad se perciben restos del paternalismo del pasado, los médicos perciben una pérdida de poder y sienten, en algunos casos, un cuestionamiento de la labor para la que han sido formados, al tener que aceptar las decisiones de los pacientes incluso

cuando consideran que no son adecuadas (Feito, 2011). Esta situación también se presenta en la relación odontólogo-paciente.

En odontología, actualmente tal vez podemos ver una noción desdibujada de lo que fue paternalismo, en el caso de las consultas de las Entidades Promotoras de Salud de nuestro régimen de Seguridad Social, ya que, aun cuando el paciente tiene la última palabra, el tratamiento para cualquier alteración dental solo tiene una opción, no siempre la que mejor resuelva el problema de salud oral, sino la que esté contemplada en el Plan Obligatorio de Salud. Muchas veces el Odontólogo, después de realizar el examen clínico, diagnóstica y a continuación decide la conducta sin explicar al paciente cual es la situación.

1.4.2 Relación odontólogo-paciente actual.

Al cambiar la mentalidad de los pacientes, la relación terapéutica también lo hace. Esto se refleja en la variación de los modelos de relación odontólogo-paciente, que pasaron de un modelo tradicional, que en medicina sería llamado paternalista, a un modelo deliberativo, este último es definido por Emanuel E. como el modelo en el que el profesional debe esbozar información sobre la situación clínica, para luego ayudar al paciente, a escoger la mejor opción para su tratamiento, el odontólogo actúa como un maestro o amigo, comprometiendo al paciente en un diálogo sobre qué tipo de actuación sería la mejor (Emanuel, 1990). En efecto, actualmente, muy por el contrario de lo que era en otra época, entre más joven sea el paciente, mayor será el conocimiento que tendrá sobre el motivo por el cual consulta, lo que nos lleva a preguntarnos en muchos casos, si es el adulto responsable el que decidirá el sendero que tomara el tratamiento o si es el paciente en edad infantil o adolescente quien lo hará.

El nuevo modelo de atención obliga al odontólogo a examinar su paciente de forma holística, no solo debe ofrecer a su paciente la mejor técnica, sino la que tenga un mejor pronóstico de acuerdo al entorno psicosocial del paciente, que cumpla con las expectativas del paciente, sin ofrecer cosas imposibles. Podría decirse que este sería un modelo de atención ético, puesto que no vulnera la dignidad de nuestro paciente. De la misma manera, es nuestra obligación explicarle al paciente que los odontólogos no somos garantes de éxitos, somos responsables de certificar que el tratamiento no esté fuera de nuestro conocimiento, al respecto la ley 35 de 1989 Sobre la Ética del Odontólogo Colombiano en su Capítulo II señala: “ARTÍCULO 15: El odontólogo no debe comprometerse a efectuar tratamientos para los cuales no esté plenamente capacitado”.

En relación encontramos en el código de buena conducta de la Federación Odontológica, el Odontólogo: “Utilizará los mejores medios de diagnóstico y tratamiento a su alcance”. Toda la legislación nos hace responsable de ofrecer a nuestros pacientes lo mejor a nuestro alcance.

Las decisiones de los odontólogos frente a cualquier caso clínico, dependerán tanto de sus acciones profesionales, como del conjunto de normas que dirigen su comportamiento. En este contexto es evidente, que juega un papel importante el criterio del profesional. Por tal motivo, diferentes países de Europa y Norteamérica han ido instalando esta temática en sus legislaciones y sistemas de salud, tal es el caso de Holanda, donde se promulgó en 1995 una ley llamada “Acta de Contrato del Tratamiento Médico”, que establece que los pacientes tienen el derecho a recibir información y los médicos y odontólogos la obligación de informarles y pedir su autorización para los distintos procedimientos (consentimiento Informado) (Izzeddin,2010). Colombia no es ajena a esa situación, pues en nuestro país el Ministerio de Salud considera que el Consentimiento informado es una herramienta y un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico - paciente, en virtud del cual el paciente acepta o no, someterse a un

procedimiento diagnóstico o terapéutico después de que el médico le ha informado en calidad y cantidad suficientes sobre la naturaleza, los riesgos y beneficios que el mismo conlleva, así como sus posibles alternativas. Este consentimiento hace parte de la historia Clínica obligatoriamente según lo reglamenta La Resolución 2003 de 2014, sobre el particular señala que con fines de habilitación de un servicio, tiene un valor equivalente el consentimiento y los procedimientos médicos consignados en la historia.

La relación terapéutica es como un pacto social, implícito entre el profesional y el paciente en donde ambos se comprometen a dar lo mejor de sí. Engel (1980) plantea un modelo biopsicosocial; esto implica asistir al paciente como un ser humano en la integración de todas sus partes desde lo biológico, psicológico, sociológico y cultural y no sólo a través de la aplicación del método científico asumido dentro del paradigma biomédico.

Edmund Pellegrino (citado en De Santiago, 2014) denomina a la relación médico-paciente “fiduciaria”, porque el paciente está en una posición de desventaja respecto del médico, a quien se confía. Una operación fiduciaria suele consistir en transferir un bien a una persona. En el escenario de la odontología, el paciente confía en el Odontólogo; íntegro, con conciencia, con la obligación moral de cuidarle.

Elena Lugo (2012), describe la relación fiduciaria como la que promueve los intereses del cliente o paciente; es decir, su beneficio tiene prioridad sobre el bienestar personal del profesional; también es basada en la diferencia o asimetría entre el experto en un área de conocimiento y destrezas y el necesitado; y en diferencias o asimetrías en cuanto al poder que el experto detenta a raíz de sus conocimientos. Asimismo, se basa en la vulnerabilidad del paciente, la cual hace a este último más susceptible de coerción o presiones indebidas.

En la atención odontológica la relación fiduciaria debería ser una balanza equilibrada, en donde el odontólogo brinde lo mejor del servicio sin tener perjuicios económicos ni morales, es decir la balanza no tendría por qué inclinarse hacia ninguna de las partes, así cada uno de ellas obtendrían un beneficio de dicha relación.

En esta era reduccionista y utilitarista, lograr esta relación terapéutica parece ser un gran reto para el ejercicio de la odontología, lo cual genera la necesidad de un nuevo enfoque para la práctica de la profesión que tenga en cuenta las verdaderas necesidades actuales. Algunos autores como Bertolami, afirman que cuando surgen conflictos de intereses, es probable que los profesionales de la odontología pongan los suyos en primer lugar, lo cual ha llevado al fracaso los currículos de bioética (Bertolami, 2004).

Esta variación en la relación terapéutica, crea tensiones entre ambas partes, lo cual obliga a los odontólogos de todas las especialidades a buscar lo que Potter en Bioética ha llamado un puente entre las ciencias y las humanidades. La aparición de la Bioética ha puesto en cuestión las acciones en salud que realicen los profesionales de la Odontología, las cuales deben estar enmarcadas tanto en el aspecto científico, como el humanista (Aranguren, 2014).

1.4.3. Relación odontólogo –paciente y los medios de comunicación.

No podemos pasar por alto, el papel que ha jugado la revolución de la internet con su enorme capacidad para crear y distribuir información, en el cambio de la mentalidad pasiva de los pacientes a un pensamiento crítico, estos llegan a consulta con un bagaje de lo que es su situación clínica o tal vez sobre informados y con muchas expectativas, las cuales a veces no se cumplen a cabalidad, generando malestar en los pacientes que incluso pueden terminar acusando al odontólogo de mala praxis.

Por otra parte, el bombardeo de los medios de comunicación, que responden a intereses económicos; saturan a la sociedad de información de baja calidad o que no corresponde exactamente con las necesidades del usuario, escudados en la Sentencia No. C-355/94 de agosto 11 de 1994 de la Corte Constitucional que dice “La propaganda, es decir, la actividad destinada a dar a conocer al público un bien o servicio con el fin de atraer adeptos, compradores, espectadores o usuarios, o crear simpatizantes, a través de cualquier medio de divulgación, y la publicidad, esto es, la propagación de noticias o anuncios de carácter comercial o profesional con el propósito indicado, no constituyen por si solas una ofensa a la ética, pues de ser así, estarían proscritas en el ejercicio de los menesteres propios de las acciones connaturales al medio político, social, económico y cultural”.

Actualmente hay innumerables comerciales de clínicas odontológicas que prometen cosas imposibles, como implantes o diseños de sonrisas instantáneos, al punto de que el presidente de la Sociedad de Prostodoncia, Chaparro (2010) manifestó en una entrevista hecha por el periódico El Tiempo: “Los profesionales de este gremio están alarmados, porque estos ofrecimientos de tratamientos exprés crean la percepción por parte de la población de que no se trata de un asunto de salud sino de un procedimiento estético infalible”.

Esta situación también provoca una actitud defensiva del profesional, entorpeciendo la relación profesional-paciente y generando problemas de comunicación. Esta última es la encargada del éxito de cualquier relación.

La relación defensiva de los profesionales se evidencia en el mal desarrollo del consentimiento informado, dicho de otra forma ¿Con que objeto hago firmar un documento a mi paciente, cuando no he explicado nada de su contenido?

El origen de esta situación se remonta a 1957 en un juicio en Estados Unidos en el cual el juez Bray sentenció: “Un médico viola su deber hacia su paciente y es sujeto de responsabilidades si no proporciona cualquier dato que sea necesario para fundamentar un consentimiento inteligente al tratamiento propuesto...”;posteriormente, este derecho fue reconocido internacionalmente como un derecho fundamental de los pacientes por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en 1976 (Cadavid ,2005).

Otro hecho que ratifica esta defensiva por parte del personal sanitario son las llamadas pólizas de responsabilidad civil, que por cierto, son obligatorias para emplearse en clínicas de odontología privadas. Seguros del estado (2017), empresa colombiana vendedora de seguros, las define así:

Póliza de responsabilidad civil profesional para profesiones médicas, clínicas y hospitales: Este seguro es una solución integral para los profesionales en el sector de la salud que deseen cubrir, sus riesgos de Responsabilidad Civil Profesional frente a daños que causen en el desarrollo y ejercicio de su actividad profesional. Cubre la responsabilidad civil derivada del ejercicio de la profesión del médico u odontólogo, determinada de conformidad con los principios y normas que la regulan. Tiene como propósito indemnizar los perjuicios ocasionados por errores u omisiones con ocasión de la prestación de un servicio médico u odontológico por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

De no ser por la desconfianza entre odontólogos y pacientes, estas pólizas no tendrían aplicación.

Algunos autores señalan: “... el desarrollo del seguro de responsabilidad profesional está determinado por la necesidad que del mismo perciban los profesionales, percepción que, a su vez, depende de dos factores, a saber: la cantidad de reclamaciones por responsabilidad profesional y, el monto de las condenas de indemnización que les impongan los jueces y

tribunales respectivos; en la medida en que éstos se incrementen, es previsible una mayor demanda de este tipo de seguro por parte de los profesionales (Morón y Ramírez,2002).

Ahora veamos, donde y porque nacieron las pólizas de responsabilidad civil. En Norteamérica, en donde domina el sistema capitalista, a alguien se le ocurrió que la medicina no era el ejercicio de una vocación de servicio, sino que la medicina era un servicio por el cual yo estoy pagando; si yo estoy pagando por un servicio de salud entonces puedo intervenir en la toma de decisiones (Zuleta,2014). Cabe anotar que esta situación esta enlazada con la aparición de la autonomía del paciente.

De acuerdo a lo anterior, si cambiamos el esquema de servicio sanitario, y el paciente se convierte en cliente, empieza una relación mercantil. Las relaciones comerciales están directamente asociadas a demandas, luego entonces, los profesionales e instituciones sentimos la necesidad de defendernos; he aquí la necesidad de una póliza de responsabilidad civil.

1.5. Regulación de la relación terapéutica en odontología.

La situación actual de la odontología, está rodeada de un desprestigio ante la sociedad consecuencia del modelo de atención basado en ventas y de la publicidad engañosa, diseñados por las cadenas de clínicas nacionales e internacionales. Lo anterior se evidencia en cada paciente que va a consulta a *cotizar* un tratamiento, que ya ha cotizado previamente en otros centros de atención, esta relación áspera entre profesionales y entre pacientes y profesionales da lugar a la aparición de métodos para regular la práctica de los odontólogos en Colombia, como lo es el Tribunal Nacional de Ética Odontológica.

En relación a lo anterior, existen en Colombia comités éticos que tienen un propósito semejante a los tribunales antes mencionados. La LEY 1164 DE 2007

por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud, en su capítulo II “Organismos de apoyo para el desarrollo del Talento Humano en Salud” indica que habrán comités de ética y bioética apoyando al Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, que es un organismo asesor del Gobierno Nacional, de carácter y consulta permanente, para la definición de políticas, encaminadas al desarrollo del Talento humano en salud. Un comité trataría sistemáticamente dimensiones éticas sobre las ciencias de la salud.

De manera similar otros países también han buscado una regulación del ejercicio profesional en odontología, tal es el caso de Perú que cuenta con el Código de Ética y Deontológico del Odontólogo, promulgado por el Colegio Odontológico del Perú (2009), según Resolución 4-I-CEDP-2009-CN-COP, “el cual en su exposición de motivos lo describe como un conjunto de normas honorables, honestas y dignas que rige la conducta y disciplina, y que regula y supervigila el ejercicio profesional, el cual sirve para orientar y asegurar un desempeño profesional eficiente y de calidad”.

1.5.1. Tribunal nacional de ética odontológica.

Es una Entidad creada por la Ley 35 de Marzo 8 de 1989 y reglamentada por el Decreto 491 de 1990, creada con sede en la capital de la República, con autoridad para conocer de los procesos disciplinarios ético-profesionales que se presenten por razón del ejercicio de la odontología en Colombia. Que tiene como misión, ser el órgano de control y régimen disciplinario odontológico del orden nacional, que brinde garantías a los odontólogos y sus pacientes, del reconocimiento de los derechos y deberes de unos y otros en el ámbito del ejercicio profesional de la odontología en Colombia, con fundamento en la Ley 35 de 1989. Su visión es contribuir en forma notoria a la consolidación del desarrollo profesional de la odontología, con base en la ética, desempeñando

las funciones de control y aplicación del régimen disciplinario, en forma oportuna y justa (Tribunal Nacional de Ética Odontológica, 2017).

1.5.2. Comités de ética.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura UNESCO, define el término “comité de bioética” como un grupo de personas (un presidente y miembros) que se reúnen para abordar cuestiones no sólo factuales, sino también de carácter profundamente normativo. Es decir, que no se reúnen para determinar sin más el estado de la cuestión en una determinada esfera de interés. Un comité no se preocupa sólo de la dimensión factual de los datos empíricos; se crea para responder por igual a la pregunta “¿Qué decisión debo adoptar y cómo debo actuar?” y a la pregunta más general “¿Qué decisión debemos adoptar y cómo debemos actuar?”(UNESCO, 2015).

En Colombia Resolución 13437 DE 1991, Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.; promulga en su Artículo 2º: “Conformar en cada una de las entidades prestadoras del servicio de salud del sector público y privado, un Comité de Ética Hospitalaria”.

En nuestro país, los comités de Bioética Clínica-asistencial (CBCA) se crearon con el fin de defender los derechos del usuario del sector salud y, al mismo tiempo, excluir toda irregularidad que atentara contra la integridad del individuo, y que por consiguiente salvaguardara todo intento de demandas frente entidades de carácter privado y gubernamentales tales como: entidades prestadoras de servicios de la salud (EPS) contributivas y subsidiadas (citado por Carrillo, 2013).

Las instituciones que prestan servicios de odontología, tienen dentro de su organización un Comité de Ética, que pueden estar en la categoría de Comités de Ética Asistencial. En el marco

de estos, se reúnen profesionales de odontología a dialogar sobre diferentes cuestiones que afecten de manera moral a la empresa y orientados siempre a promover la buena praxis. Este ejercicio es solo una aproximación a un comité de Ética Hospitalaria, ya que no existe legislación que los obligue a realizarlo de otra forma. No está creado formalmente como indicaría la UNESCO, y muchas veces, dicho comité es solo un protocolo y tiene lineamientos creados por la misma institución, es decir, la institución crea su comité y ella misma se regula.

Cada empresa realiza auditoria a las quejas que presentan los usuarios con respecto a su desempeño. Las quejas que más se presentan en clínicas privadas de atención Odontológica, en orden aleatorio son:

- Paciente insatisfecho por retraso del tratamiento
- Información incompleta del plan de tratamiento a realizar
- Paciente inconforme por trato por parte del profesional
- Paciente inconforme por cambio de profesional tratante, sin previo autorización

Dentisalud (Comunicación personal ,7 de junio 2017).

Estas quejas se pueden resumir en problemas de comunicación, por lo cual el comité de ética de dicha institución, recomendó algunos parámetros para atender a los usuarios, entre ellos:

Atender a pacientes sin distinción alguna, dedicar el tiempo necesario y asegurar la idoneidad del profesional, para realizar diagnósticos asertivos apoyados en ayudas diagnosticas necesarias, y definir planes de tratamientos ajustados a los diagnósticos sin omitir o adicionar tratamientos innecesarios, explicando a nuestros pacientes los riesgos previstos de los tratamientos, los beneficios, los cuidados y todo lo relacionado con la elaboración y mantenimiento del

tratamiento, y nos aseguramos de cumplir al paciente lo previamente acordado (Dentisalud, Comunicación personal ,14 de julio 2017).

1.6. Panorama de la relación terapéutica en otros países.

En otros países la situación no es diferente a la de Colombia, en Chile, los problemas ocultos de la relación odontólogo-paciente son el origen de las características conflictivas del vínculo entre las dos partes, resaltando siempre la falta de claridad de la relación propiamente dicha, como en las intervenciones o procedimientos a ejecutar; el principal conflicto es relacionado con la comunicación, seguido por la generación de falsas expectativas, ética profesional deficiente, comentarios sobre otro profesional, técnicas rehabilitatorias mutilantes e incumplimiento de obligaciones (Pórtela ,2013). Algunas de las quejas que expresa este autor que se presentan ante la Superintendencia de Salud de Chile son:

Pórtela (2013)

(...) En una primera instancia comenzó este tratamiento la dentista ____, la cual, luego de sufrir un accidente lo continuó el dentista ____, el cual hizo, dentro del tratamiento, una pieza que no correspondía al presupuesto, luego de éste se me quiso obligar a pagar ésta, a lo cual me negué, ya que nunca nadie me consultó al respecto, por lo cual posteriormente se me negó la posibilidad de continuar con mi tratamiento cancelado de forma anticipada, dejando tres piezas sin terminar el tratamiento (...)

(...) Me propuso hacerme él un implante por ser mucho más cómodo que una prótesis tradicional. Me dijo que lo pensara, dándome el valor del implante (incluso me mostró una prótesis de otro paciente para que viera cómo me podía quedar). Lo pensé y decidí hacerme el implante y el

doctor ____ me dijo que no demoraba más de 20 días. Me citó el miércoles ____ a su consulta para operarme y en ese momento me dice que no me operaría ahí y me llevó a una clínica a dos cuadras de su consulta y me dijo que me operaría su colega el doctor _____. Terminada la operación, me mandó de vuelta a su consulta de a pie, con todo mi dolor, caminando de nuevo las 2 cuadras para llegar a su consulta. Me siguió controlando el doctor ____ hasta mayo, siendo que él ____ me había dicho que el tratamiento duraba 20 días. Volví a mi casa desesperada por mi situación, al ver que tenía que esperar tanto tiempo para mis dientes. Después me llamó la secretaria del doctor ____ para que volviera a su consulta, yo le dije que no quería volver, ya que consideraba que era una falta de respeto que me hubiera paseado por la calle con todo mi dolor. Me decidí volver a la consulta y empezó a hacerme prótesis provisionarias y yo le rogaba que me pusiera dientes chicos que se parecieran a los míos, me mostraba dientes para que viera el tamaño yo le decía que si me gustaban pero me ponía otros de tamaño más grandes y así fue pasando el tiempo y yo siempre le reclamé su trabajo, ya que me encontraba desconforme. Después de varias prótesis provisionarias recién en ____ me terminó el trabajo. Me vine a mi casa muy molesta, ya que para mí el trabajo que me hizo no era lo que me prometió (...)

En México, cuentan con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), organismo creado en 1996 con el propósito de resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud de carácter público, privado y social, y para contribuir a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios médicos. Poco más del 5% de los expedientes de quejas ingresadas en la CONAMED indican que éstas se derivan de problemas por servicios odontológicos (Carbajal, 2000).

La situación en México, no difiere del panorama mundial, las irregularidades con mayor incidencia y frecuencia son, la falta de comunicación entre el profesional de la salud bucal y el paciente: maltrato al paciente, el profesional no explica en términos accesibles para el usuario, no

enfatisa el alcance y las limitaciones del tratamiento en cuestión, no informa del costo y de la relación riesgo/beneficio de la atención (posibilidad de fracaso del procedimiento otorgado), incurre en inexactitudes e imprecisiones, delega responsabilidades y modifica convenios en cuanto a modo, tiempo y costo de la atención brindada. Así mismo existe la tendencia a despertar falsas expectativas en los pacientes; el uso y manejo equivocados de materiales y procedimientos no indicados, así como tratamientos simulados, pretensiones clínicamente inalcanzables y técnicas clínicas inexpertas (Triana,2006).

En Perú, a partir del año 2009 se aprueba el Código de Ética y Deontológico del Odontólogo, promulgado por el Colegio Odontológico del Perú, según Resolución 4-I-CEDP-2009-CN-COP. Por ley todos los profesionales de este ramo de la salud deben estar colegiados y reconocidos por el Colegio Odontológico del Perú como entidad encargada de licenciarlos y de vigilar por su correcto desempeño ético, esta información se encuentra en el portal de dicha institución en donde también hay un enlace para que los pacientes puedan presentar sus quejas (Ñique, 2015).

2. La odontología y la bioética

Desde 1970 cuando Potter acuñó el término Bioética, esta palabra ha estado en el ambiente de todos los que escogimos una profesión para servir a las personas, incluso en los medios de comunicación, no pasa una semana en la que no se hable de aborto, eugenesia, ideología de géneros, entre otros.

De acuerdo a lo anterior, se evidencia el gran auge que ha tomado la Bioética en nuestro diario vivir, como consecuencia de la medicina moderna, de los avances de la tecnología y de la libertad permeada de libertinaje de las nuevas generaciones.

La Odontología, cuya base es el estudio de la salud oral, ha venido presentando cambios en su estructura los últimos años, estos representan no solo una variación disciplinar, sino un vuelco total en la manera de tomar decisiones, por parte del paciente y por supuesto del odontólogo; estos cambios necesitan fundamentación Bioética para que tengamos una visión holista del ser humano.

En razón de lo anterior podríamos decir que en este corto tiempo, la bioética se ha desarrollado como una gran disciplina en la que expertos debaten acerca de las dimensiones morales de la atención en salud, sobre conflictos de valores y sobre decisiones correctas o incorrectas, en odontología, a diferencia de la medicina, solo en situaciones extraordinarias se toman decisiones de vida o muerte, pero si tenemos en nuestra práctica diaria dilemas éticos.

Cada grupo de personas sigue una ideología; no hay seres amoraless, dice Adela Cortina, todos tenemos más o menos moral según determinados códigos (Cortina, 2015), a este grupo de profesionales con un pensamiento común, algunos autores la definen como corrientes bioéticas.

2.1. Corrientes bioéticas.

Elena Postigo, explica que la finalidad de la Bioética no es solo reflexionar, sino fundamentalmente encontrar criterios, normas o principios que guíen el obrar del hombre respecto a la vida y elaborar leyes adecuadas que permitan el desarrollo y el progreso de la humanidad (Postigo,2012). Esta autora nos describe varias corrientes de Bioética, que existen como consecuencia del gran pluralismo en el que vivimos en nuestros tiempos, entre ellas están:

2.1.1. Personalismo.

Tiene como centro a la persona con un valor en sí mismo. Su máximo exponente es Elio Sgreccia, teólogo Italiano, quien la denomina “personalismo bioético con fundamentación Ontológica”. El núcleo de su filosofía es afirmar que la persona es unión sustancial de alma y cuerpo, de corporeidad y alma metafísica y espiritual, y basándose en los datos de la ciencia afirma que existe el ser humano y la persona desde el momento que empieza a existir su cuerpo, es decir, desde el momento de su fecundación (Sgreccia,2007). Esta corriente tiene cuatro principios fundamentados en la antropología, los cuales son:

1. El principio de defensa de la vida física
2. El principio de libertad y responsabilidad
3. El principio de totalidad o principio terapéutico
4. El principio de socialidad y subsidiaridad (Burgos, 2013).

El personal de salud oral debe reconocer a su paciente como persona sujeta a derechos y a la cual debe proteger, recordemos la Ley 35 (Congreso de Colombia, 1989) <sobre ética del odontólogo colombiano>: “El profesional odontólogo es un servidor de la sociedad y, por consiguiente, debe

someterse a las exigencias que se derivan de la naturaleza y dignidad humana. De acuerdo con lo anterior, la atención al público exige como obligación primaria dar servicios de calidad y en forma oportuna” (Congreso de Colombia, 1989).

De acuerdo a lo anterior, un odontólogo que enmarca sus actividades en los principios de ética personalista, será exitoso a lo largo de su carrera profesional, ya que estará dentro de los reglamentos de leyes morales y jurídicas.

2.1.2. Utilitarismo y funcionalismo.

Basados en las teorías de Bentham y Stuart Mill; considera esta corriente que es bueno aquello que produce mayor bienestar y beneficio para el mayor número de personas, realiza un cálculo costo-beneficio y el resultado práctico es lo que se decide. Se apoya sobre el criterio de utilidad social (Andorno, 1998).

La Ética Utilitarista es manejada por algunas clínicas Odontológicas, las cuales lejos de buscar bienestar colectivo, buscan su propio beneficio. En muchos casos los dueños de dichas clínicas no son profesionales de la salud, ni tienen estudios en ciencias humanas, lo que trae como consecuencia que el modelo de atención este basado en parámetros mercantiles. Este núcleo comercial no solo tiene consecuencias perjudiciales para el paciente, sino para el Odontólogo. Este último, trabaja en condiciones desfavorables, en otras palabras explotado, ya que actualmente se encuentran disminuidas la demanda de los servicios y la oferta sube cada día.

En el mismo contexto, la odontología en algunos casos, con la premisa egoísta de que tenemos el deber moral de poner al servicio del hombre toda tecnología que mejore nuestras capacidades, pretende sacar provecho de los avances de la ciencia en este campo a todo costo, en beneficio de

quien la tiene, para suplir las necesidades de nuestra sociedad dominada por el consumismo, que a veces busca satisfacer deseos fútiles dejando de lado las necesidades fundamentales.

2.1.3. Contractualismo.

Ante la posibilidad de llegar a una ética universal, la única actividad remanente es el consenso y el contrato social en bioética. Este contrato es un acuerdo implícito al que llegamos los seres humanos para vivir en sociedad. Según J.J Rousseau con este contrato abandonamos la libertad que tenemos por naturaleza (Rousseau, 2017).

El autor más representativo de esta posición es T. Engelhardt. Para él la única fuente de autoridad es el consenso pues cualquier otra fuente de argumentación es débil y no hay posibilidad de establecer principios de carácter universal (Postigo, 2008).

Alexander Holden, piensa que la odontología está dentro del contrato social por encontrarse en el área de salud (esta a su vez es un derecho de todos) y argumenta que el fracaso de la profesión para honrar este contrato está en la búsqueda de la intervención cosmética sobre el tratamiento de la enfermedad dental. Manifiesta, que un aspecto importante de este contrato es la confianza que tiene la sociedad al profesional de la odontología por lo cual este debe autorregularse. Este contrato debe estar basado en el altruismo. Expresa también este profesor, que el público en general a menudo tiene una visión distorsionada de lo que hace que un buen profesional dental, para ellos, una experiencia sin dolor es la mejor manera de medir la calidad del tratamiento (Holden, 2016).

2.1.4. Ética de mínimos.

Hace referencia a las condiciones mínimas de convivencia, Se trata de una ética que todos compartamos. Una de sus exponentes es Adela Cortina, catedrática de Ética de la Universidad

de Valencia y Directora de la Fundación ÉTNOR para la ética de los negocios y las organizaciones. Pareciera que esta autora tratara de reducir la ética a política, y de sustituir la ética a política en el ámbito público, para que de esta manera la ética quedaría solo para un ámbito privado (Postigo, 2008).

La ética de mínimos nos ayuda a rescatar los valores de la justicia y la igualdad, los cuales son indispensables para el buen diseño de los planes de atención en salud oral, en lo que a salud pública se refiere. Aun así, una actividad odontológica nociva que se repita miles de veces, no implica que este bien.

2.1.5. Ética del cuidado.

Se basa en la responsabilidad por los demás. Ha sido desarrollada por autoras como Carol Gilligan, psicóloga Feminista. La autora desafía la teoría del desarrollo moral con sus sesgos a favor de los hombres, a la luz de las voces y experiencias de las mujeres, hasta ahora excluidas en las teorías y los análisis sobre el desarrollo y la capacidad moral. Enfatiza en el rol de las emociones en la vida moral, instauran el poder de los sentimientos como núcleo de la ética del cuidado y lo erigen como base de las consideraciones morales, proceso en el cual, sin embargo, no descuidan el papel de la razón, sólo que lo asumen como parte integral de la moralidad (Arias, 2007).

En relación, podemos subrayar, que siendo la odontología una carrera con predominio de mujeres (Pardo, 2012), podría tener buena aceptación en el medio odontológico.

2.1.6. Ética de las virtudes.

Los representantes más destacados de la ética de la virtud en bioética son Edmund Pellegrino y David Thomasma, de la Universidad de Georgetown y de la Universidad Loyola de Chicago

respectivamente. El primero es médico y educador de profesión, el segundo es filósofo (Páez, 2000). Esta ética muestra la justicia como virtud indispensable para el ejercicio de las profesiones sanitarias.

Nuestro Sistema de Salud, a partir de la puesta en marcha de la ley 100 de 1993 es excluyente; va totalmente en contra de lo que sería justo para la salud oral de toda la población, esto al igual que la crisis económica y el encarecimiento progresivo de los servicios de odontología, hacen que no tengamos acceso a servicios de salud oral en cada rincón de nuestra geografía. La salud es un negocio muy rentable en nuestro país, Las EPS son grandes empresas, que arrojan millonarias ganancias, pero a los dueños, porque a los pocos profesionales de la salud que contratan, solo le generan sueldos ingratos, desfasados de la realidad.

De acuerdo a lo anterior, podemos decir que profesar la ética de las virtudes en nuestro medio mercantilista, podría resolver muchos problemas en el servicio de odontología.

2.1.7. Ética casuística.

Considera que esta bien lo que se decida en cada situación, es un enfoque práctico de la bioética, que sirve de guía en la solución de dilemas en la práctica clínica.

Esta corriente es criticada por muchos por utilizar un procedimiento inductivo, es propuesto por Albert R. Jonsen y Stephenn Toulmin en su libro “The Abuse Casuistry”, ellos proponen sustituir los principios o axiomas iniciales por máximas, que son criterios sabios y prudentes de actuación práctica, en los que coinciden todo el mundo, la mayoría o los especialistas (citado en Cortina, 1996).

En una entrevista que Diego Gracia y Joseph J. Fins le hacen a Jonsen, así se refiere a la casuística:

“La casuística, como decimos en el libro *The Abuse of Casuistry*, está relacionada con una reflexión que procede de la ética aristotélica, donde Aristóteles deja claro que en su mente los juicios se basan en las circunstancias de un acto y en la intención del agente, etc. Esto se explica de forma muy convincente en el libro sexto de la *Ética a Nicómaco*. En cualquier caso, no tiene un tratamiento práctico dentro del texto aristotélico, de modo que al leer la casuística jesuita del siglo XVI se ve que están concibiendo algo propio, con base ciertamente aristotélica, sobre la importancia de las circunstancias y la intención, y desde entonces nunca ha habido una teoría de la casuística como tal. Es algo que se hace, una práctica que se aprende a hacer (citado en Fins y Gracia, 2015)”.

En relación a lo descrito, podemos derivar, que desde una óptica enmarcada en autonomía y beneficencia, la Casuística no parece ser un método errado para resolver preguntas éticas que suscita la práctica odontológica como consecuencia de las numerosas alternativas de tratamiento para cada caso, ofrecidas por los adelantos tecnológicos de nuestra época. Pero tiene un gran enemigo, la moda. Esta ejerce una influencia muy dominante sobre las decisiones de nuestra sociedad. Un caso que se repite muchas veces puede orientar negativamente la toma de decisiones, ocultando premisas morales y a la final dejará ver solo opiniones, que nos alejan de principios éticos universales.

2.1.8. Ética narrativa.

Descrita principalmente por H. Brody. Para la ética clínica es un diálogo o síntesis entre “los principios recibidos, colectivos” y las “particularidades de cada persona, la historia que narra”. No tiene fundamentación antropológica y ética, es relativista y subjetiva (Postigo, 2008).

Aunque sea calificada de subjetiva y no pueda ser un patrón para la toma de decisiones, la ética narrativa tiene un papel fundamental en la relación odontólogo- paciente. En efecto, durante nuestra consulta clínica, es el dialogo lo que nos recrea el padecimiento real del paciente. No podemos captar las características de una situación en particular basándonos en la evidencia, ni en nuestras múltiples herramientas digitales.

En relación, también nos permitimos decir que uno de los pilares caídos de nuestra profesión es la falta de comunicación, se nos olvida que el consentimiento informado no es solo una firma al final de un escrito y con el fin de vender o en algunos casos inflar facturas (como parte del adiestramiento que se da en macro clínicas odontológicas); no explicamos bien la situación al paciente con sus matices. Parece que ya nadie sabe que no solo se peca por acción sino por omisión.

La Federación Odontología señala al respecto en su Código: “Se informará debidamente a los consultantes con un lenguaje comprensible sobre el diagnóstico probable y los tratamientos disponibles: en qué consisten, ventajas y desventajas, resultados esperados, efectos colaterales y riesgos de complicaciones, practicando activamente el principio del consentimiento informado”.

En otros países como México, La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), asegura que la mayoría de quejas presentadas ante su institución están relacionadas con mala comunicación entre profesional y pacientes, entre ellas: no se proporciona al paciente y sus familiares explicaciones sobre su tratamiento en términos accesibles; no se enfatiza el alcance y las limitaciones del tratamiento; no se informa el costo y riesgo/beneficio de la atención (probabilidades de fracaso del tratamiento)(CONAMED,2007).

2.1.9. Principialismo.

Es quizás la más aplicable de las corrientes, por su modelo práctico y concreto, aunque algunos autores piensen que carece de fundamentos.

El origen de la ética principialista se remonta a la publicación del informe Belmont, por parte del Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos. Este fue el primer paso de lo que hoy llamamos ética aplicada; en 1978 este informe declaró que se protegería la integridad de los seres humanos que participaban en investigaciones basados en tres principios, a saber, Autonomía, Beneficencia y Justicia.

Un año después de Tom L. Beauchamp y James F. Childress, agregaron un cuarto principio, el de No Maleficencia, y publicaron su famoso libro “Principles of Biomedical Ethics” (el cual lleva varias ediciones) que hoy por hoy sigue siendo referencia para la academia y para la toma de decisiones en dilemas bioéticos. Estos dos autores han conseguido construir un sistema teórico-práctico —un paradigma— que permite dar respuestas fundamentadas a los múltiples y difíciles problemas concretos que plantea el desarrollo y la aplicación de las ciencias de la vida y de la salud, y es una guía contrastada para ayudar a los profesionales sanitarios a establecer con sus pacientes una relación ética, correcta (Mir, 2011).

Uno de los aspectos negativos de la bioética principialista que caracteriza a los norteamericanos, es que reduce el concepto de Bioética que propuso Van Renselaer Potter, que incluía no solo al hombre, sino a todo el ecosistema, es decir de toda la vida sobre la tierra.

Autonomía.

Beauchamp y Childress definen la autonomía como “La regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que pretendan controlar, y sin limitaciones personales, como por

ejemplo una comprensión inadecuada, que impida hacer una elección (Beauchamp y Childress, 2001).

Beauchamp y Childress nos dan algunas reglas para tratar a las personas de manera autónoma:

1. «Di la verdad».
2. «Respeta la privacidad de otros».
3. «Protege la confidencialidad de la información».
4. «Obtén consentimiento para las intervenciones a pacientes».
5. «Cuando te lo pidan, ayuda a otros a tomar decisiones importantes» (Siurana, 2010).

La expresión más sólida del autogobierno de una persona, en otras palabras de la autonomía del paciente, es el consentimiento informado. El cual no solo debe remitirse a la voluntaria aceptación o no de un procedimiento por parte del paciente o de su representante legal, sino de la información limpia que debe mostrar el odontólogo a su paciente con respecto a su diagnóstico, las opciones para tratar su padecimiento, los beneficios y riesgos de las alternativas de tratamiento. Esta segunda parte del consentimiento no siempre se da a cabalidad (Aranguren, 2014).

El Consentimiento informado en Colombia es en la odontología igual que en las otras áreas de la salud; según La Resolución 2003 de 2014 es la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar un acto asistencial. Para efectos del estándar de historia clínica es el documento que se produce luego de la aceptación en las condiciones

descritas. En caso que el paciente no cuente con sus facultades plenas, la aceptación del acto médico la hará el familiar, allegado o representante que sea responsable del paciente.

Al respecto, la federación Odontológica Colombiana señala en su Código de Ética y buen Gobierno: “El Odontólogo apoyará el derecho que les asiste a los usuarios de participar activamente en las decisiones relativas a su cuidado”.

Beneficencia.

El principio de Beneficencia se refiere a la obligación moral de actuar en beneficio de otros. (Informe Belmont, 1978). Este se remonta a la época de Hipócrates y ha estado presente en el área de las ciencias de la salud siempre. El modelo paternalista con el que nació la medicina es un reflejo de esto, aun cuando la opinión del paciente no se tenía en cuenta, la obligación del médico era proteger la vida de su paciente

Hoy en día es puesta en tela de juicio porque la sociedad de alguna forma, para bien aunque a veces no tanto, ha despertado y reclama sus derechos, amparándose en el respeto a la autonomía.

Llevando este concepto a la odontología de hoy, podemos sugerir la siguiente premisa: “Obra de tal forma que el beneficio a tu paciente sea un gran balance entre la función que necesita y estética que aclama”.

No maleficencia.

El principio de No Maleficencia obliga a no hacer daño intencionadamente, a diferencia del de beneficencia que enuncia solo cosas positivas. No siempre se pueden hacer cosas buenas a los pacientes, sobre todo si este no lo desea, pero no se debe ocasionar daño a su integridad bajo ninguna circunstancia.

Remontándonos al juramento de Hipócrates vemos que este principio está presente en la atención sanitaria desde antaño:

“...Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa según mis facultades y a mi entender, evitando todo mal y toda injusticia. No accederé a pretensiones que busquen la administración de venenos, ni sugeriré a nadie cosa semejante; me abstendré de aplicar a las mujeres pesarios abortivos.

Pasaré mi vida y ejerceré mi profesión con inocencia y pureza. No ejecutaré la talla, dejando tal operación a los que se dedican a practicarla.

En cualquier casa donde entre, no llevaré otro objetivo que el bien de los enfermos; me libraré de cometer voluntariamente faltas injuriosas o acciones corruptoras y evitaré sobre todo la seducción de mujeres u hombres, libres o esclavos. (Juramento de Hipócrates).

Enrique Jadad Bechara, Especialista en Rehabilitación Oral, investigador y conferencista y fundador del Grupo Dignificar la Odontología (Facebook); escribió en un artículo para Tribuna Odontológica estas certeras palabras:

“Estamos viviendo tiempos oscuros en esta hermosa profesión que escogimos como parte de nuestras vidas debido a su inesperado rumbo hacia una vertiente mercantilista, donde el dinero prima sobre la ética. Me refiero a la pandemia causada por factores como los mal llamados Diseños de Sonrisas, las cadenas de clínicas "low cost" y la proliferación de Escuelas de Odontología carentes de buen nivel académico” Jadad (2017).

De acuerdo a este y demás escritos informales en las redes sociales, se intuye que cada vez somos más los odontólogos que pensamos que el comercio está desdibujando los valores con los que nos formamos en nuestra casa y universidad. Que la ética se ha vuelto etérea y que cada profesional desde su interior puede empezar con una pequeña acción para cambiar nuestra realidad.

Justicia

Para Beauchamp y Childress la justicia es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. Una injusticia se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente.

Sobre el principio de justicia en ética biomédica un autor especialmente relevante es Norman Daniels, este autor nos dice que existe un conflicto de intereses entre los que precisan servicios de salud y los que soportan sus gastos, él entiende que la sociedad tiene la obligación de proteger la igualdad de oportunidades de todos sus miembros.(Daniels,2001).

Los problemas de la justicia distributiva aumentan bajo condiciones de escasez y competición. Se han propuesto varios criterios de distribución: a) a cada persona una participación igual, b) a cada persona de acuerdo con sus necesidades individuales, c) a cada persona de acuerdo a sus esfuerzos individuales, d) a cada persona de acuerdo a su contribución social, y e) a cada persona de acuerdo con sus méritos. (Siurana, 2010).

Es difícil distribuir salud oral a toda la población desde la óptica de odontología correctiva, lo cual implica materiales costosos y tecnología de punta; pero no es imposible si nuestro país tuviera una mejor distribución de recursos. En cuanto a la odontología preventiva, que es la mayor aproximación de esta rama de la salud a la justicia, podemos destacar que una de las

actividades mejor pagadas a las EPS son las tareas de promoción y prevención y no se invierten muchos materiales en cada atención, por lo tanto si debería estar al alcance de todos.

En algunos países como Brasil, más específicamente la Universidad de Brasilia, los programas de Bioética trabajan muchos contenidos con la perspectiva de la Declaración de los Derechos Humanos, basta con leer los artículos de sus egresados para acreditar la importancia de la salud oral para alcanzar la sobrevivencia humana basada en la dignidad, así lo deja ver el artículo “La salud bucal como derecho humano y bien ético” (Rueda, 2006).

2.1.10. Principialismo moderado.

El “principialismo jerarquizado”, de Diego Gracia (Gracia, 1991) le otorga solidez a la teoría de Beauchamp y Childress. En tal orden jerárquico la no-maleficencia y la justicia están en un primer escalón donde se postula la mayor exigencia del “bien común” sobre el “bien particular” de la autonomía; este nivel uno, representa una “ética de mínimos”, es decir lo básico exigible para dar carácter ético al acto médico o sanitario y siempre un verdadero deber. Esto en odontología se refleja en la salud oral del paciente, entendida como un funcionamiento oral apropiado y sin dolores.

En el segundo escalón de Gracia están la Beneficencia y autonomía, y cuando siguen al nivel 1 convierten el acto médico en una “ética de máximos”, transformando la acción de cumplir el mero deber en satisfacción del paciente (en felicidad). En odontología este escalón 2 se traduce en la autonomía del paciente; lo que le ocurra al cuerpo del paciente (incluyendo la importancia que éste le otorga a la salud, el confort, el costo y otros valores); las preferencias de los odontólogos por ciertas prácticas (incluyendo diferentes filosofías de prácticas dentales); consideraciones estéticas, desde el punto de vista de experimentadas prácticas dentales;

consideraciones de eficiencia, que puedan incluir, por parte del dentista, consideraciones sobre el costo(Torres,2006).

En odontología los dilemas éticos, no son tan estremecedores como en medicina, pero no dejan de ser importantes, después de todo, el objeto de acción de un odontólogo, también son los seres humanos.

De acuerdo a lo anterior es importante que los profesionales de la odontología tengamos lo que algunos autores llaman “mentes Bioéticas”, es decir, que pensemos y actuemos a través de la Bioética, que nuestro aprendizaje vaya más allá del manejo técnico de la odontología (Mazzanti, 2016).

3. Odontología basada en la evidencia y autorregulación

3.1. La evidencia clínica.

Se conoce como evidencia científica a aquella información obtenida a partir del análisis sistemático y exhaustivo de los resultados procedentes de la investigación básica y epidemiológica; la combinación de esta, con la experiencia profesional, da como resultado la evidencia clínica (García, 2006).

La práctica clínica basada en la evidencia aparece en la medicina desde los años noventa, poco a poco es transferida a la disciplina odontológica (Carrasco, 2008). El rápido crecimiento de la tecnología en el área estomatológica, trae a este campo nuevas técnicas y materiales, por consiguiente los profesionales debemos estar preparados estratégicamente para aprovechar novedades que sirvan para mejorar nuestra práctica y desechar información errónea; he aquí el motivo de la gran acogida de la evidencia clínica, en la toma de decisiones en casos de salud oral.

La medicina basada en la evidencia (EbM) que es como nace esta práctica, se define como la integración de la mejor evidencia actual de la investigación clínica centrada en el paciente, la experiencia clínica y los valores y preferencias de los pacientes en la toma de decisiones sobre el cuidado de los individuos; esta se desarrolla en 4 pasos: (1) la formulación de una pregunta clínica precisa, (2) la identificación de la mejor evidencia disponible, (3) la evaluación crítica de la evidencia y (4) su aplicación en la práctica clínica (Egger, 2015).

3.2. Odontología basada en la evidencia.

De acuerdo a lo expuesto en el tratado anterior, podemos decir que el éxito de la Odontología basada en la evidencia depende directamente del criterio del profesional para escoger la evidencia útil para su práctica clínica y para decidir en qué pacientes las podemos usar. Es así como se hace necesario que las universidades entrenen a los estudiantes de Odontología en el manejo de información científica, un profesional debe saber que diseño de investigación puede ser más confiable y que hallazgos son relevantes para nuestros pacientes.

El criterio que use el odontólogo en la toma de decisiones se empieza a formar durante su etapa de estudiante y se concreta a lo largo de su práctica clínica; es la experiencia personal una fuente de donde se obtiene gran información para el ejercicio de nuestra profesión. Esta formación nunca termina; a menudo debemos hacer una introspección, para saber en qué actividades es preciso estimular nuestro crecimiento y en qué áreas debemos mantenernos al margen. Esta introspección es la que nos autorregulará y la que mantendrá nuestra práctica en parámetros éticos.

3.3. Autorregulación.

Desarrollemos el tema de la autorregulación, con la connotación que implica una práctica responsable de la profesión.

A su vez, profesión se define como la actividad ocupacional de un grupo de personas, organizados de forma estable, que sustenta su competencia en un periodo de capacitación teórico práctico de educación superior, para compartir un conjunto de conocimientos especializados que asimilan y los usan al servicio de la sociedad, que la reconoce como un grupo social útil, que a su vez trata de mantener determinados niveles de exigencia de competencias de calidad en su trabajo (Seijo, 2001).

La creciente ola de tecnologías en el campo de la Odontología determina una nueva actitud del odontólogo con respecto a estas, para proteger la integridad de los pacientes. Así mismo se crea la necesidad de autorregular la conducta profesional.

La autorregulación se define como la capacidad de la persona para dirigir su propia conducta a través de inhibir los impulsos de inicio para pensar, antes de comportarse, estableciendo un equilibrio entre los deseos personales y las expectativas sociales. Es el fundamento de la socialización, la habilidad para posponer el reconocimiento en la formación de su personalidad (Marina, 2017).

Tal como lo mencionamos en otro capítulo, los odontólogos no somos garantes de éxito, somos responsables de certificar que el tratamiento no esté fuera de nuestro conocimiento, es aquí donde juega un papel importante la Autorregulación.

Zimmerman, experto en el tema de autorregulación y autoeficiencia, considera la autorregulación no como una aptitud o una habilidad, sino como un proceso autodirectivo mediante el cual, los estudiantes transforman sus habilidades mentales en actividades y destrezas necesarias para funcionar en diversas áreas y la autoeficacia como las propias creencias sobre la capacidad para aprender o rendir efectivamente (Zimmerman, 2005).

El proceso de regulación es un concepto que debe estar presente en la vida escolar y que se puede extrapolar al desempeño profesional; vivir es una dinámica de aprendizaje que nunca termina, lo que cambia es el ambiente, cuando deja de ser escolar desaparecen los docentes y empieza la autorregulación.

No solo el compromiso moral nos obliga a autorregularnos, sino, que hoy por hoy es la ley la que te obliga a autorreguarte. Aunque no existe en odontología ayuda del legislador para limitar que

tratamiento puede o no realizar un especialista, es responsabilidad de cada profesional decidir que procedimiento realiza y cual remite. Además, aun cuando el mercado difumine los valores que nos inculcan en nuestras casas y universidades, no se puede olvidar que tanto se peca por acción que por omisión.

Actualmente hay innumerables comerciales de clínicas odontológicas sin regulación alguna, que prometen cosas imposibles, como implantes o diseños de sonrisas instantáneos, al punto de que el presidente de la sociedad de prostodoncia, manifestó en una entrevista hecha por el periódico el tiempo, que los profesionales de este gremio están alarmados. Estos ofrecimientos de tratamientos exprés crean la percepción por parte de la población de que no se trata de un asunto de salud sino de un procedimiento estético infalible.

3.4 .Legislación de la autorregulación.

En Colombia el Congreso de Colombia habla de autorregulación con respecto a los profesionales sanitarios, he aquí algunos ejemplos:

- Ley 35 de 1989 «sobre ética del odontólogo colombiano»

Capitulo II práctica profesional de las relaciones del odontólogo con el paciente

Artículo 15°. El Odontólogo no debe comprometerse a efectuar tratamientos para los cuales no esté plenamente capacitado.

En Colombia son muchas las especialidades que están organizadas académicamente en una institución, y su duración oscila entre 2 y 3 años. Por lo tanto aun cuando no existe límite en el ejercicio de la odontología general, es inaceptable que un profesional pretenda estar capacitado a nivel de especialista solo con diplomados de quince o menos días.

- LEY 1164 DE 2007 (Octubre 03)

Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.

CAPÍTULO V Del desempeño del Talento Humano en Salud

Artículo 26 “... Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la autorregulación, entendida como el conjunto concertado de acciones necesarias para tomar a su cargo la tarea de regular la conducta y actividades profesionales derivadas de su ejercicio...”

La ley nos obliga a tener una actitud responsable, una conducta ética, es nuestro compromiso con los pacientes saber, saber hacer y saber ser.

En relación a lo anterior es preciso indicar que es importante en el sistema de desarrollo de competencias junto con aspectos cognoscitivos (saber), tener destrezas psicomotoras (saber cómo actuar), pero sobre todo tener formación en valores y actitudes (saber ser) (Peinado, 2017). La formación de valores implica conocer principios éticos y responsabilidades legales, en relación a nuestros pacientes y colegas.

- Ley estatutaria 1751 de 2015

Capítulo III. Profesionales y trabajadores de la salud

Artículo 17. Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.

Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente.

El desarrollo de nuestra profesión debe ser enmarcada en principios de autonomía, no solo para el paciente, sino con respecto a la autonomía de profesionales, la cual debe ser respetada por dirigentes y dueños de clínicas, que muchas veces, en pos de obtener ganancias, aprovechan su posición dominante para delegar a los odontólogos funciones que están fuera de sus competencias como profesionales de salud oral, como lo son cerrar ventas coaccionando pacientes. Esta medida, de coaccionar personas para que realicen una u otra compra, es una práctica que carece de todo principio ético y se torna aún más grave, si es el odontólogo, en el que el paciente deposita su confianza, quien procede.

- La federación Odontológica Colombiana también incluye el concepto de autorregulación en su Código de Ética y buen Gobierno:

Los Federados se comprometen, entre otras cosas, a buscar activamente su crecimiento personal, intelectual y profesional a lo largo de su carrera, integrando el conocimiento a la práctica; se responsabilizará de sus decisiones, acciones y omisiones y del uso adecuado de los medios con los que presta la atención; debe evitar extralimitarse en el ejercicio de sus funciones, causando complicaciones al sobrepasar los límites del ámbito de su competencia”.

Así las cosas, con respecto a la práctica odontológica y la autorregulación, debemos tener en cuenta que lo mejor es dejarse guiar de la prudencia, pues esta virtud nos ayuda a aplicar la regla general a la situación particular. La prudencia nos dirige para que la acción sea además de ser técnicamente correcta, buena (Moreno, 2014).

Cada persona elige e ingresa a una profesión libremente y se compromete a proporcionar ese bien a la sociedad, para ello debe adquirir competencias adecuadas. Es decir, el profesional tiene

una tarea que le trasciende. Esta noción confesional data desde el inicio de las profesiones; estas nacieron con la Medicina (en la época de Hipócrates), los sacerdotes y juristas. Esta idea se perdió en nuestra sociedad moderna, pero su esencia se debe conservar. Desde un punto de vista secular y en palabras de Adela Cortina, en nuestra época las escuelas y universidades deben formar profesionales que no solo puedan competir y atender a las demandas de los mercados, sino que sepan buenas técnicas para ponerlas al servicio de buenos fines, que se hacen responsables de los medios y las consecuencias de sus acciones con vistas de alcanzar los fines mejores (Cortina ,2013).

3.5. Autorregulación y bioseguridad.

La muestra más clara de principios éticos y autorregulación en Odontología lo constituye la Bioseguridad; esta puede ser definida como una conducta cuando la analizamos como una integración de conocimientos, hábitos, comportamientos y sentimientos, que deben ser incorporados al hombre, para que él desarrolle, de forma segura, su actividad profesional(Ferreira,2004).

La conducta de un profesional solo puede ser regulada por su conciencia y en cuanto a bioseguridad se refiere, los órganos de vigilancia y control solo pueden certificar en teoría que se cumplan a cabalidad las normas en relación.

Así las cosas, la autorregulación como proceso sistemático de comportamiento humano continuo, en el que la persona es el máximo responsable de su conducta, capaz de ajustar sus acciones y actitudes a la consecución de sus metas deseadas, como característica inherente y única del ser humano, al incluir componentes conscientes y voluntarios, orientadas por lo tanto de manera

intencional, a fines y propósitos específicos(Llacsá,2015); es la única forma de garantizar la bioseguridad en instituciones.

En la práctica odontológica existen miles de riesgos para la salud de nuestros pacientes, es decisión de cada profesional prevenir los impactos nocivos en pacientes y nuestro personal de apoyo (auxiliares de odontología y personas encargadas del aseo), ya que son miles los microorganismos que se pueden transmitir en un ambiente odontológico.

En el mundo mercantilista que rodea la odontología, asumir costos de bioseguridad es una desventaja para los profesionales responsables a la hora de competir con precios (Iribarra, 2006). Si el precio es el punto de comparación para elegir al Odontólogo o la institución, no es extraño que la prestación del servicio este al margen de medidas de seguridad. Pocas veces el paciente tiene en cuenta esta realidad a la hora de elegir a un prestador.

Con relación al Código de ética y Deontología médica de España, Herranz declara que la autonomía que goza el profesional, trae como consecuencia la necesidad de autorregulación, esta debe existir con independencia de las normas legales; los médicos tienen la responsabilidad permanente de autorregularse. El propósito primordial de todo sistema de autorregulación es mejorar la calidad de la atención prestada y la competencia del médico que presta dicha atención (Herranz, 1994). Toda esta teoría encaja perfectamente en la práctica odontológica, es nuestro deber enmarcar nuestra atención en principios morales.

La Bioética constituye una herramienta eficaz para que el operador en salud oral, cualquiera que sea su función, entienda que no solo se debe proteger quien brinda la atención, sino también quien la recibe.

3.6. La ética de las virtudes como herramienta para autorregulación de odontólogos.

Según el diccionario de la real academia española, virtud es el hábito de obrar bien, independientemente de los preceptos de la ley, por la sola bondad de la operación y conformidad con la razón natural. Dentro de este contexto, que le vendría mejor a nuestra sociedad que la prudencia, justicia, fortaleza y templanza. Análogamente cabe preguntarse, si no serían estos los pilares para una práctica ética de la profesión odontológica.

Seguir las enseñanzas de Aristóteles nos lleva a entender lo correcto como una actitud no una obligación. La virtud, de acuerdo con el pensamiento aristotélico, es un término medio relativo a nosotros regulado por la recta razón como lo haría un hombre prudente. Es ese modo de ser por el cual el hombre se hace bueno y por el que realiza muy bien su función. La virtud se relaciona directamente con la forma de actuar de las personas, estas actuaciones o acciones deben conducir a un bien y este debe ser generador de felicidad en el hombre. Solo del mismo hombre depende que las acciones que ejecute se hagan lo mejor posible y se realicen conforme a la virtud (Gárces, 2013).

A partir de lo anterior, podemos deducir que la ética de las virtudes constituye un primer paso para recuperar la odontología de carácter humanista que estamos perdiendo.

Encontrar el cauce perdido de la odontología como profesión integral, con el núcleo humanista que le corresponde, mas no el comercial que tiende a encontrar en la actualidad, es tarea difícil. Aun así, la meta podría lograrse, si en lugar de promulgar decretos, se cambiara el pensamiento de profesionales de salud oral. Una perspectiva de la atención, basada en buenos hábitos, representa el escalafón principal de la excelencia en atención. Evitar vicios en Odontología, como tratar de sacar la mejor ventaja económica en cada situación, determinaría una transfiguración total en el panorama actual de la odontología.

Entre todas las virtudes, es la prudencia -phronesis- la que nos ayuda a tomar decisiones que no solo sean correctas, sino decisiones buenas, es decir, que se adecuen a esa persona particular, a su edad y situación en la vida, acorde con sus aspiraciones personales, sus expectativas y valores(Moreno,2014).

Con relación a lo antes descrito, podemos decir que, aunque existe legislación con respecto a la autorregulación, no basta con las leyes del estado ni con declaraciones universales; es el odontólogo en su interior quien debe poner en medida justa sus intereses y los de los pacientes; quien debe tomar decisiones prudentemente, teniendo en cuenta que, no es solo la dolencia del paciente, sino su entorno; todo profesional debe ser responsable de sus actos, para llegar así a la excelencia y por medio de ella a la felicidad.

Conclusiones

El odontólogo es un profesional formado para crear la mejor sonrisa en cada persona que solicita su servicio, literalmente. En dicha labor, debemos proteger la integridad de estos pacientes que son sujetos de derechos y deberes.

La bioética, promueve los principios para la conducta más apropiada del ser humano con respecto a otros seres del planeta.

Así las cosas, si son las personas la razón de ser de la odontología, la búsqueda de la excelencia impregna de sentido el papel de la bioética en la práctica clínica.

De acuerdo a esto podemos mencionar múltiples aspectos desde la perspectiva bioético que pueden mejorar la práctica clínica, a continuación algunos de estos.

El dialogo es la piedra angular en la construcción de cualquier vínculo, y la relación terapéutica no es la excepción. La comunicación nos recrea la situación real del paciente; bajo toda circunstancia debemos alinear nuestras expectativas con las de nuestros pacientes; teniendo en cuenta que lo que se dice antes de empezar el tratamiento es prevención, lo que se dice después se puede malinterpretar como excusa.

Bajo el mismo concepto, se puede subrayar que con una buena comunicación se pueden evitar innumerables situaciones de divergencia en pacientes y odontólogos que muchas veces terminan en tribunales de ética.

De acuerdo a lo anterior, la ética narrativa sería una buena fuente para aprender la importancia del dialogo en nuestra consulta.

Consideremos también aspectos de gran importancia como lo son el fortalecimiento de virtudes, vivir la prudencia y evitar vicios como el querer sacar el máximo beneficio económico a cada actividad odontológica. Antes de realizar cualquier procedimiento, debemos pensar en los riesgos a las que estas conllevan, pues así tomaremos decisiones prudentes que desembocan en tratamientos exitosos.

El crecimiento incesante de la tecnología en el área de salud dental, nos conlleva a escenarios muy cambiantes, por lo que debemos recurrir a una actualización continua y la prudencia nos dice que solo debemos actuar cuando tengamos capacidad profesional, indicando cuando sea necesaria la atención interdisciplinaria.

En el mismo sentido, la autorregulación como la capacidad de la persona para inhibir sus impulsos nos conllevan a un equilibrio entre los deseos personales y las expectativas sociales.

Conviene seguir las enseñanzas de Edmund Pellegrino, para aprender a ser mejor odontólogo a través de la ética de las virtudes.

Siguiendo nuestro recorrido por la búsqueda de una odontología excelente, es preciso señalar que la mejor manera de resolver dilemas éticos en odontología, (que no son de vida o muerte como en medicina, pero no por esos menos importantes) es poner en práctica los principios éticos, autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

El principalísimo americano de Beauchamp y Childress, complementado con el orden jerárquico de Diego Gracia, nos ayudaran a obrar mejor en distintas circunstancias.

En consecuencia, desarrollemos nuestra consulta de tal forma que el paciente tenga espacio para que ejerza su autonomía, después de explicar muy bien cuál es la situación, nada de coacciones, para que él decida libremente cuál es su mejor opción. Aunque así te lo exija una u otra clínica

basada en premisas mercantiles, deja que sea tu paciente el que determine que es lo que realmente desea.

Debemos favorecer la comunicación respetuosa y permanente entre el odontólogo, el paciente, sus familiares o representantes legales y demostrar empatía con respecto a su padecimiento; para no crear falsas expectativas en relación a los tratamientos.

No obstante, la autonomía no justifica que realicemos procedimientos que a largo plazo tengan consecuencias nocivas, incluso si es lo que el paciente quiere por dejarse llevar de la moda; de esta forma no iremos en contra del principio de no maleficencia.

Por otra parte, cuando expresemos un concepto con respecto a un caso clínico, que sea siempre en beneficencia del paciente; no de tu interés personal, ni del dueño de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Seamos justos a la hora de asignar los valores a los tratamientos odontológicos. Existe un equilibrio en donde no dañemos la economía del consultorio o clínica dental, sin abusar de la confianza que las personas depositan en su prestador de servicios.

Sea este el espacio para resaltar que nuestro colega es también una persona vulnerable y con un valor en sí mismo. La ética personalista nos enseña a proteger la dignidad de las personas y eso incluye no dañarlas de palabra, obra u omisión. Debemos actuar con respeto, compasión y honestidad en relación a nuestros colegas. Hacer comentarios despectivos del trabajo de un colega, sin saber en qué circunstancias lo realizó agrede la integridad del profesional.

En cuanto a la relación entre odontólogos, también debemos reflexionar acerca de la necesidad de fortalecer la unidad gremial para proteger nuestros derechos y los de los pacientes.

Para terminar, señalaré que basados en la bioética, nuestra práctica estará muy cerca de la anhelada excelencia, y el resultado serán pacientes felices con sus tratamientos y odontólogos libres de los estigmas que la sociedad crea.

5. Referencias bibliográficas

- Andorno, R. (1998). *Bioética y dignidad de la persona*. Madrid, España: Tecno.
- Aranguren, Z. (2014). Ejercer la odontología desde una perspectiva bioética. *Acta Odontologica Venezolana*, 2(1).
- Ardila, C.M. (2009). La profesionalización en la formación de odontólogos. *Revista habanera de Ciencias médicas*, 8 (3), Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300015.
- Arias, R. (2007). Aportes de una lectura en relación con la ética del cuidado y los derechos humanos para la intervención social en el siglo XXI. *Trabajo social Universidad Nacional de Colombia*, (9), 25 -36
- Beauchamp, T.L, Childress, JF. (2000). Principios de ética biomédica. 4ª ed. Sao Paulo, Brasil: Editores Loyola.
- Beauchamp, T. y Childress, J. (2001). Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, USA
- Bertolami, C. N. (2004). Why our ethics curricula don't work. *J Dent Educ.*, 68, 414–425.
- Brito, P. (2000). Relaciones Laborales, Condiciones de Trabajo y Participación en el Sector Salud. OPS/OMS .CONICET/ UNGS. Web consultada en octubre de 2017
- Buendía, A. y Álvarez, C. (2006). Nivel de conocimiento de la bioética en carreras de odontología de dos Universidades de América latina. *Acta Bioethica*, 12 (1).
- Burgos, J. (2013). ¿Qué es la bioética personalista? Un análisis de su especificidad y de sus fundamentos teóricos. *Cuadernos de bioética*, 24 (1) ,1.
- Cadavid, G. (2005). Autonomía y consentimiento informado: principios fundamentales en bioética. *Revista CES Odontología*, 18(2).

- Carbajal, A. (2000) .Análisis de expedientes de quejas del área de odontología. *Revista CONAMED*, 6 (7) ,1.
- Disponible en: http://www.cop.org.pe/pdf/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf.
- Carrasco, A. y Brignardelo, R. (2008) Odontología basada en la evidencia. *Revista Dental de Chile*,99 (2), 32-37
- CONAMED. (2014).Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica. *Revista CONAMED*. 19(supl).
- Cortina, A. (2015) ¿Para qué sirve realmente la Ética? 6 Edición. España,Barcelona: Paidós.
- Cortina, A. (1996). El estatuto de la ética aplicada. *Hermenéutica crítica de las actividades humanas*. Isegoría, (13), 119-127.
- Chaparro, D. (2010, mayo 9). 'Diseños de sonrisas' que acaban en lágrimas. *Periódico El Tiempo*. Recuperado en <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-3958189>.
- Daniels, N. (2001). Justice, Health and Healthcare. *Spring*.1 (2).
- De Santiago, M. (2014). Una aproximación al pensamiento de Edmund D. Pellegrino (II). *Cuadernos de Bioética*, 25 (1).
- Egger M. (2015).International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. 2 Ed. USA: Elsevier, 327-331
- Emanuel, E. J., y Emanuel, L. L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. *Bioética para clínicos*. España: Triacastela.
- Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137(5) ,535-544.
- Feito, L. (2011). El concepto de autonomía en la medicina occidental. *Bioética y Debat*; 17(62)
- Ferreira, M. y Barrozo, M.(2004). Educación en bioseguridad en Brasil: reflexiones y

competencias necesarias. *Rev. Cubana Salud Pública.*, 30(3).

Fins, J. y Gracia D. (2015) Entrevista a Albert R. Jonsen. *EIDON*, 44, 67-86. DOI: 10.13184/eidon.44.2015.67-86

Franco C. (2017, Agosto 31). Situación actual de empleabilidad y calidad del empleo en Odontología [mensaje en foro]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=EGFC-tT4KuM&feature=youtu.be>

Garcés, L. y Giraldo, C. (2013). La virtud: la recta razón en el profesional que experimenta con animales. *Civilizar. Ciencias Sociales y Humanas*, 13(24), 181-191. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100228407010>

García, S. y Giménez, N. (2006). Medicina basada en la evidencia, Bioquímica y Patología Clínica *redalyc*, 69 (3) 34-37.

Gracia, D. (2008). La tradición política y el criterio de justicia: El bien de terceros. Fundamentos de Bioética. España: Triacastela. 200-204.

Gutiérrez, J. y Delgado, A. (2014). Antecedentes y hechos que condujeron a la fundación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. Reseña histórica. Bodas de oro. *Acta Odontológica Colombiana*, 4 (1), 157–200.

Herranz, G. (1994). El código de ética y deontología médica. *Cuadernos de Bioética*, 4.

Holden A. (2016). Self-regulation in dentistry and the social contract. *British dental journal*. 221 (8), 449-451. doi: 10.1038/sj.bdj.2016.771. <http://www.tribunaleticaodontologica.org/web/>

Informe Belmont. (1978). Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación. National commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioral research, 1978.

Irribarra, R. (2006). La Bioética como soporte a la bioseguridad. *Acta Bioethica*, 12 (1), 31.

Izzeddin R, Spina M, Tosta E. Dimensión ética en la práctica odontológica: visión personalista. *Acta bioethica*. 2010; 16 (2):207-210.

Jadad, E. (2017) .La edad Oscura de odontología, *DT Latin America*, 7. Recuperado de http://www.dentaltribune.com/articles/news/latinamerica/34743_la_edad_oscura_de_la_odontologia.html

Jaramillo, GH. y Gómez, GM. (2006).Efectos de la ley 100 sobre el campo de estudio y el que hacer de los profesionales de la salud: la práctica odontológica y su caso. *Rev. Fac Odontol Univ Antioq*; 18(1), 95-102.

Llacsá, L. (2014). Correlación entre los niveles de conocimiento del código de ética médica y el de autorregulación del ejercicio profesional. (Tesis de pregrado). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo.

Lugo, E. (2012).“Bioética clínica personalista: el aporte del padre José Kentenich” [en línea]. *Vida y Ética*. .2(12) .Disponible en :<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/bioetica-clinica-personalista-aporte-kentenich.pdf> [Fecha de consulta:29 de Mayo 2017]

Maluf, F. (2014).La bioética en la relación profesional-paciente en odontología. *Acta Odont. Venez.* ,52 (2).

Marina, J. (2017). “Fortalezas del carácter”, Movilización Educativa net, Banco Bibliográfico cap., 22 Autorregulación (autocontrol) *Universidad de Padres on line*. (Acceso: 20-10-2017) Recuperdo de <http://movilizacioneducativa.net/index.asp>.

Mazzanti, M. (2016). Formar “Mentes Bioéticas” Una alternativa metodológica de formación de docentes y estudiantes en bioética a través del programa escolar de ciencias naturales. *P&B*,

10 (2), 4-6 .

Medina, E, y Sánchez, L. (2015). Conocimientos sobre bioética y ética de la investigación

Encarnados por estudiantes de odontología de una universidad colombiana. *Acta*

Odontológica Colombiana, 5(1), 65–79.

Mir J, Busquets E. (2011). Principios de ética biomédica de Tom L. Beauchamp y James F.

Childress. Un libro de referencia para la bioética. *Bioética y Debat.*, 17(64), 1-7.

Moreno, J. (2014). Prudencia, virtud indispensable. *Cuadernos de Bioética*, 25 (1).

Morón, M. y Ramírez, M. (2002). *Contrato de seguro de responsabilidad civil médica*. (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá D.C.

Ñique, C. (2015). La ética en la relación odontólogo paciente en el Perú. *Kiru*, 11 (2).

Organización Internacional del Trabajo [Internet]. Programa de trabajo decente. [Consultado

2017 Oct 24]. Disponible en: <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/decent-work-agenda/lang--es/index.htm>.

Páez, R. (2000). La ética de las virtudes y enfermería. *Revista Mexicana de enfermería cardiológica*, 8, (1-4): 60-68

Pardo, F. (2012). Caracterización del talento humano en salud oral por especialidades en egresados en Bogotá: 2001-2010. *Acta Odontol Col.*, 2 (2), 63-76.

Payares, C. y Jiménez, R. (1981). Medicina, odontología y sociedad. Colombia: Editorial Copiyepes.

Payares C. (1997). ¿Es la práctica odontológica un trabajo social descontextualizado? *Revista Cubana de Estomatología*, 34(2), 96-102.

Peinado, J. (30-10-2017) Competencias Médicas. “Libro Blanco de la Titulación de Medicina”. España. Disponible en www.aneca.es/librosblancos.

- Pellegrino, E. (1990) La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Bol of sanity panam*, 108 ,5-6.
- Pórtela, F. (2013). Caracterización de los aspectos bioéticos en los reclamos realizados ante la Superintendencia de salud de Chile en el área de odontología. *Acta bioethica.*; 19 (1): 143-152.
- Posada N. (s.f). Los Comités Bioéticos Clínicos Asistenciales. (CBCA). Experiencia Colombiana. Facultad de Medicina. Universidad de La Sabana. Chía, Colombia.
www.provida.es/pensamientos/publicaciones
- Postigo, E. (2008). Bioética, Concepciones antropológicas y corrientes actuales. Master Interuniversitario de Bioética. III Edición
- Rangel, M. (2011). Perspectiva bioética y modelo biopsicosocial en la relación odontólogo-paciente durante la formación del estudiante en la Universidad del Bosque. *Revista Salud Bosque*. 1 (2) ,87-98.
- Riaño, M. (2012). Condiciones de trabajo de los profesionales de la salud: ¿Trabajo decente?. *Acta Odontológica Colombiana*, 2(2) ,183-191.
- Rojas, G. y Misrachi, L. (2004). La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. *Av. Odontoestomatol*, 20(4), 185-191.
- Rousseau, J. (2017) El contrato social. Ediciones AKAL.
- Rueda, G. (2006). Albuquerque A. La salud bucal como derecho humano y bien ético. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(1), 36-59.
- Seguros del estado.(2017). Disponible en:www.segurosdelestado.com/productos/productos/1094.
Fecha de consulta: 4 de Noviembre 2017.
- Seijo, B. y Cardoso, R. (2001). Álvarez J. Los valores ético profesionales del médico, su

diagnóstico, *Rev. Hum Med* ,1 (2)

Sgreccia, E. (2007). Manual de Bioética I Fundamentos y Ética Biomédica. España, Madrid: BAC.

Siurana, J. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, (22): 121-157.

Suárez, D., Gallego, J. et al. (2012). Quejas presentadas ante el Tribunal de Ética Odontológica de Antioquia entre el 2007 y el 2010. *Revista Nacional de Odontología*, 8(15), 46-51.

Tenera, J. (2011). Planificación de talento humano en salud oral en Colombia. *Acta Odontológica Colombiana*, 1(1), 1-2

Torres-Quintana MA .y Romo F. (2006). Bioética y ejercicio profesional de la Odontología. *Acta Bioética*, 12(1), 65-74.

Triana, J. (2006). La ética: un problema para el odontólogo. *Acta bioethica*. 2006; 12 (1: 75-80.

Triana, J. (2006). La ética: un problema para el odontólogo. *Acta bioethica*, 12 (1), 75-80.

Trujillo, J. (31-01-2006). Al país le sobran odontólogos y bacteriólogos pero le faltan nutricionistas. Caracol Radio. Recuperado de

http://caracol.com.co/radio/2006/01/31/nacional/1138684860_2438271.

UNESCO. (2005). Guía N° 1 Creación de comités de bioética. Recuperado de

<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139309s.pdf>

Zimmerman B, Kitsantas A, Campillo M. Evaluación de la autoeficacia regulatoria: una perspectiva social cognitiva. *Revista Evaluar*. 2005; 5.

Zuleta, G. (2014) La aparición de la bioética y el porqué de la misma. *Revista lasallista de Investigación*, 11 (1), 31